

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2015

Tiina Vatanen

# HOITOTYÖN TOIMINTATAVAT

– Turun yliopistollinen keskussairaala vuodet  
2009–2015



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Toukokuu 2015 | Sivumäärä 40

Ohjaaja FT, TtM Maika Kummel

Tiina Vatanen

# HOITOTYÖN TOIMINTATAVAT – TURUN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA VUODET 2009–2015

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) T- sairaalan laajennus eli toinen vaihe valmistui huhtikuussa 2013, jolloin myös toiminta siellä alkoi (Peltoniemi 2012a). Tämä tarkoitti sitä, että vanhat 17 tulosyksikköä jäivät pois käytöstä ja tilalle tuli kahdeksan toimialuetta ja kaksi palvelualueutta (Kummel & työryhmä 2013).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tehdä tiivis yhteenveto eri hoitotyön toimintatavoista vertaillen vuosia 2009–2012 vuosiin 2013–2014. Näihin hoitotyön toimintatapoihin kuuluivat potilassiirrot, psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus, hoitoajat sekä päihde- ja myrkytyspotilaan kulku. Tavoitteena oli, että Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri pystyy hyödyntämään tätä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta arvioidessaan hoitoprosessien sujuvuutta uudessa T- sairaalassa.

Opinnäytetyö liittyi Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektin 2009–2015 (Hoi-Pro) arviointivaiheeseen. Hoi-Pro-projekti oli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen tulososio koostui 23 jo valmistuneesta Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöstä, jotka liittyivät Hoi-Pro-projektiin. Lisäksi tulososioon otettiin mukaan yksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Kokonaisuudessaan potilaat olivat kaikilla toimialueilla tyytyväisiä potilassiirtoihin. Sairaanhoidajat kertoivat, että osastoilla käytettiin eniten psykiatrisen sairaanhoidajan ja päihdesairanhoidajan palveluita. Kaikilla neljällä tarkasteltavalla toimialueella hoitoajat olivat lyhentyneet toimialuekohtaiseen toimintamalliin siirtymisen jälkeen. Päihde- ja myrkytyspotilaan hoidonkulussa ei ollut tapahtunut suurta muutosta vertaillen vuotta 2008 vuoteen 2013. Toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan päihde- ja myrkytyspotilaat kotiutuivat pääsääntöisesti samalta osastolta, johon heidät oli päivystyksestä sijoitettu.

## ASIASANAT:

T-sairaala, toimialue, potilassiirto, psykiatria, hoitoaika, hoitojakso, päihdemyrkytyspotilas

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

May 2015 | Total number of pages 40

Instructor PhD, MNSc Maika Kummel

Tiina Vatanen

## APPROACHES OF NURSING – TURKU UNIVERSITY HOSPITAL YEARS 2009– 2015

Enlargement and the second phase of Turku University Hospital was completed in April 2013 and that was also when the hospital started functioning (Peltoniemi 2012a). This means that all 17 old business units aren't being used anymore and were replaced with eight domains and service areas. When generating health services in domains, the functions which are crucial to the patient's treatment are being arranged to be organized and controlled wholeness (Kummel & työryhmä 2013).

The purpose of this literature review was to create a summary of different approaches of nursing comparing years 2009–2012 to 2013–2014. These approaches of nursing include transfers of patients, the need and availability of psychiatric services, duration of treatment as well as the treatment of drug and poisoning patients. The goal is that Hospital District of Southwest Finland was able to exploit this descriptive literature review when estimating the fluency of the treatment processes in the new T-hospital.

The thesis was connected to evaluation phase of Future's Hospital – The development project of Nursing 2009–2015 (Hoi-Pro). Hoi-Pro project was Hospital District of Southwest Finland and Turku's University of Applied Science's common project.

Thesis was implemented as a descriptive review of literature. The result section of the literature review consists of 23 Bachelor of Turku's University of Applied Sciences which are already finished. In addition to this, one Master's thesis was added to the result section.

In its entirety, the patients were satisfied to all domains when it comes to patient transfers. The services of psychiatric nurses and nurses for substance abuse were the most used services in the different departments. Durations of treatment had become shorter to all domains after year 2013. Drug and intoxication patient's treatment didn't face changes when comparing year 2008 to 2013.

### KEYWORDS:

T-hospital, domain, patient transfer, psychiatry, duration of treatment, course of treatment, poisoning patient,

## **SISÄLTÖ**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 TURUN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA</b>	<b>7</b>
<b>3 HOITOTYÖN TOIMINTATAVAT</b>	<b>9</b>
3.1 Potilassiirrot	9
3.2 T-sairaalan tilat	9
3.3 Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus	10
3.4 Hoitoajat	11
3.5 Päihde- ja myrkytyspotilaan kulku	11
<b>4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET</b>	<b>13</b>
<b>5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>14</b>
<b>6 TULOKSET</b>	<b>15</b>
6.1 Potilassiirrot	15
6.2 T-sairaalan tilat	18
6.3 Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus	20
6.4 Hoitoajat	24
6.5 Päihde- ja myrkytyspotilaan kulku	29
<b>7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>31</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>33</b>
<b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>36</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>37</b>

# 1 JOHDANTO

Hoitotyön toimintatavat on suhteellisen laaja käsite. Tässä kirjallisuuskatsauksessa hoitotyön toimintatavoilla tarkoitetaan potilassiirtoja, psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta, hoitoaikoja sekä päihde- ja myrkytyspotilaan kulkua. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tehdä tiivis yhteenveto eri hoitotyön toimintatavoista vertaillen vuosia 2009–2012 vuosiin 2013–2014. Näistä vuosista tullaan käyttämään myös nimityksiä klinikkamalli ja toimialuekohtainen toimintamalli. Tavoitteena on, että Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri pystyy hyödyntämään tätä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta arvioidessaan hoitoprosessien sujuvuutta uudessa T- sairaalassa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia vertaillen hoitohenkilökunta pystyy kehittämään omaa toimintaansa ja näin parantaa potilastyytyväisyyttä.

Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään Turun yliopistollisen keskussairaalan tule-, vatsa-, sydän- ja neurotoimialueita. Rajausta tehtiin näihin neljään toimialueeseen, koska näitä samoja toimialueita on käsitelty myös Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektissa 2009–2015 (Hoi-Pro). Näiltä toimialueilta tarkastellaan, millaiseksi potilaat kokevat potilassiirrot eri osastojen välillä sekä millaiseksi he kokevat uuden T- sairaalan. Millaiseksi hoitohenkilökunta ja asiantuntijajanelistit kokevat uuden T-sairaalan. Miten uusi toimialuekohtainen toimintamalli on vaikuttanut hoitoaikoihin tilastanalyysien vertaillen. Lisäksi kirjallisuuskatsaus arvioi hoitajien näkökulmasta psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta eri toimialueilla sekä päihde- ja myrkytyspotilaan kulkua Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tilastanalyysien tarkastellen.

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) T- sairaalan laajennus eli toinen vaihe valmistui huhtikuussa 2013, jolloin myös toiminta siellä alkoi (Peltoniemi 2012a). Tämä tarkoitti sitä, että vanhat 17 tulosyksikköä jäivät pois käytöstä ja tilalle tuli kahdeksan toimialuetta ja kaksi palvelualueita. Toimialuekohtaisella terveystalouden tuottamisella tarkoitetaan potilaan hoidon keskeisten toimintojen järjestämistä organisatoriseksi ja hallinnolliseksi kokonaisuudeksi (Kummel & työryhmä 2013).

Nykyinen T- sairaala on yksi Euroopan uusimmista ja moderneimmista sairaaloista (Peltoniemi 2012, 13). Tästä näkökulmasta katsottuna aihe on kansainvälisestikin hyvin tärkeä, koska aiempaa tutkimustietoa muualta Euroopasta ei ole. Kirjallisuuskatsauksen tulososio koostuu jo valmistuneista Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetöistä. Näissä opinnäytetöissä on tutkittu hoitotyön eri toimintatapoja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosilta 2009–2012 ja 2013–2014.

Opinnäytetyö liittyy Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektiin 2009–2015 (Hoi-Pro), mikä on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti. Projekti on kuulunut osana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin jo päättyneeseen T-sairaalan toiminnan kehittämisen hankkeeseen (T-Pro hanke). Hoi-Pro-projekti on muodostunut kolmesta eri vaiheesta, joista suunnitteluvaihe on toteutettu vuosina 2009–2012 ja toteutusvaihe on tehty vuosina 2013–2014. Tämä kirjallisuuskatsaus kuuluu projektin viimeiseen osaan eli arviointivaiheeseen (2015). Projekti on pyrkinyt lisäämään Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun välistä yhteistyötä, minkä johdosta toimialuekohtainen toimintamalli on tuotu tutuksi opiskelijoille. (Kummel & työryhmä 2013.)

## 2 TURUN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) T- sairaalan laajennus eli toinen vaihe valmistui huhtikuussa 2013, jolloin myös toiminta siellä alkoi. Tämä tarkoitti sitä, että vanhat 17 tulosityksikköä jäivät pois käytöstä ja tilalle tuli kahdeksan toimialuetta ja kaksi palvelualuetta. (Peltoniemi 2012a.)

Toimialuekohtaisella terveystalouden tuottamisella tarkoitetaan potilaan hoidon keskeisten toimintojen järjestämistä organisatoriseksi ja hallinnolliseksi kokonaisuudeksi (Kummel & työryhmä 2013). Tällä muutoksella on pyritty tuomaan hoitoresurssit ja osaaminen potilaan lähelle. Näin potilaat välttyvät ylimääräisiltä siirroilta ja erikoisalojen toiminnallinen yhteistyö paranee. (Peltoniemi 2012a; Peltoniemi 2012b.)

Hoitotyön sujuvuutta on kehitetty myös sillä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset toimivat nyt samassa rakennuksessa. Akuuteissa tilanteissa helikopterikentältä sairaalan katolta päästään suoraan ensiapuun sekä teho- ja leikkausosastoille. T- sairaalaan on myös keskitetty paljon valvontayksiköitä, kuten sydän-, sisätauti- ja AVH (aivoverenkiertohäiriö)- valvonta. (Paasio ym. 2013.)

Kirjallisuuskatsaus tarkastelee neljää eri toimialuetta. Sydäntoimialuetta kutsutaan sydänkeskukseksi ja se koostuu viidestä eri osastosta ja yhdestä poliklinikasta. Sydänkeskuksen vastuualueena ovat rytmihäiriö-, sepelvaltimotauti- ja sydämen vajaatoimintapotilaiden hoito. Lisäksi sydän- ja rintaontelokirurgia ja yleiskardiologia kuuluvat sydänkeskuksen toimintaan. (VSSH 2015a.)

Neurotoimialueella on kuusi poliklinikkaa ja neljä osastoa. Toimialue vastaa neurologisesta ja neurokirurgisesta erikoissairaanhoidosta. Lisäksi vastuualueisiin kuuluu neuropäivystys ja -kuntoutus. Suurimman potilasryhmän muodostavat aivoverenkiertohäiriö- ja aivokasvainpotilaat. (VSSH 2015b.)

Vatsatoimialueeseen kuuluu kaksi poliklinikkaa ja neljä osastoa. Toimialueen vastuualueeseen kuuluu gastrokirurgia ja sisätautigastroenterologinen avohoito.

Päivystyskirurginen toiminta ja syövän diagnostiikka ja hoito ovat vatsatoimialueen keskeisintä toimintaa. (VSSH 2015c.)

Neljäntenä tarkasteltavana toimialueena on tules (tuki- ja liikuntaelinsairaudet)-toimialue, mikä on jaettu seitsemään eri vastuualueeseen. Näistä vastuualueista käsikirurgia ja traumojen hoito toimivat T-sairaalan tiloissa. Suurin osa hoidosta käsikirurgiassa koostuu käden vammojen erilaisten jälkitilojen tunnistamisesta ja niiden hoidosta. Traumapuolella hoito koostuu tapaturmista johtuvien vartalon ja raajojen vammoista, luukasvainpotilaista, kirurgisista infektiopotilaista sekä palovammapotilaista. Suurin osa potilaista tulee päivystyksestä traumaosastolle. (VSSH 2015d.)



## 3 HOITOTYÖN TOIMINTATAVAT

### 3.1 Potilassiirrot

Hoitotyössä potilassiirroilla voidaan tarkoittaa useampaa eri hoitotoimenpidettä. Potilassiirto voi tapahtua konkreettisesti esimerkiksi sängystä pyörätuoliin (TTL 2014). Terveystieteiden eri sektoreiden välillä ja organisaatioiden eri osastojen välillä tapahtuu myös potilassiirtoja (Chaboyer ym. 2005). Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan juuri näitä yksiköiden välisiä potilassiirtoja.

Potilassiirtoja tehdään sairaalan sisällä, kun potilaan hoito edellyttää sellaisia tekniikoita, tietoja ja prosessitekijöitä, joita omalta osastolta ei ole saatavilla (Warren ym. 2004). Potilassiirto koostuu toimintasarjasta, mikä sisältää siirron valmistelun, itse siirtotapahtuman sekä siirron jälkeisen hoidon (Chaboyer ym. 2005).

Jauhiainen (2009) on tutkinut organisaation sisäisiä potilassiirtoja teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamana. Tulosten perusteella sujuvaan siirtoon vaikuttavat osaava- ja ammattitaitoinen henkilökunta, oikea-aikainen tiedonsiirto sekä hyvä yhteistyö eri osastojen välillä. Potilassiirtoa vaikeuttavat huonot aika- ja henkilöresurssit, suunnittelemattomuus ja puutteellinen tiedonsiirto.

### 3.2 T-sairaalan tilat

Lasikatteiset atriumpihat yhdistävät T- sairaalan eri osat tunnelmallisesti toisiinsa. Pihojen avulla on pyritty pääsemään pois perinteisestä sairaalamiljööstä. T-sairaalan suunnittelun tavoitteena on ollut toimintojen kokonaisoptimointi taloudellisesti ja toiminnaltaan tehokkaasti toimivaksi. T- sairaalan ympäristöä on pyritty pehmentämään käyttämällä erilaisia materiaaleja, kuten puuta. Myös perinteistä sairaalanvalkoista värimaailmaa on rikottu, jotta sairaala ei tuntuisi niin masentavalta paikalta. Taidekonsultin avulla T- sairaalasta on pyritty tekemään ympäristö, mikä tukee potilaan ja omaisten henkistä jaksamista. Potilashuoneissa viihtyisyyttä on tuotu erilaisilla valaistuksilla ja piilottamalla teknisiä laitteita pois näkyviltä. (Repola 2010.)

Caspari ym. (2010) on tutkinut Norjassa sairaalatilojen taidetta ja esteettisyyttä. Tutkimusten tuloksia selvitettiin eri näkökulmista. Luonto, maisema ja valot, äänet ja hajut, design ja esteettisyys, arkkitehtuuri ja huoneet, ruoka, hygienia ja kunnossapito, taide, väri ja vesi, vaihtelu ja tunnelma sekä harmonia, huumori ja leikki vaikuttavat sairaalaan viihtyvyyteen. (Caspari ym. 2010.)

Italiassa Trevisani ym. (2010) on tutkinut, millainen merkitys taiteella on potilaan sopeutumiselle sairaalaympäristöön. Syöpäosaston seinille ripustettiin valokuvanäyttely, jota potilaat pääsivät katsomaan. Tutkimuksen mukaan valokuvanäyttely paransi potilaiden kliinistä statusta ja vähensi heidän ahdistusta. (Trevisani ym. 2010.)

### 3.3 Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka hoitaa ja tutkii mielenterveyshäiriöitä (Lönngqvist ym. 2011, 12). Tavallisimpia syitä psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjaamiseen ovat psykoosi (esim. skitsofrenia), elämäntilannekriisit, vaikea ja pitkittynyt masennus, itsetuhoajatukset, persoonallisuushäiriöt tai itsemurhayritykset. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsy vaatii aina lääkärin lähteen. (HUS 2015.)

Ihmisillä on edelleen liian suuri kynnys hakeutua psykiatriin palveluihin, mistä syystä hoito ei toteudu, kuten pitäisi (Salokangas 2009). Hoitotakuun mukaan nuorisopotilaiden tulisi päästä hoitoon kolmen kuukauden sisällä ja aikuispotilaiden kuuden kuukauden sisällä lähetteen teosta. (Luutonen ym. 2011.)

Oranta (2011) on tutkinut väitöskirjassaan Turun yliopistollisessa keskussairaalassa kahta kansainvälisesti merkittävää sairautta: sydäninfarktia ja depressiota. Tutkimuksessa oli kaksi potilasryhmää, joista toinen ryhmä sai sydäninfarktin jälkeen sairaanhoitajalta interpersoonallista ohjausta. Oranta (2011) toteaa, että interventio-ohjauksen saaminen vähentää sydäninfarktin jälkeistä masennusta potilailla. (Oranta 2011.)

Räsänen (2012) julkaisema artikkeli kertoo, että harvoin yksittäinen psykiatrian konsultaatio riittää tunnistamaan potilaan psykiatriset häiriöt. Hoitosuhteessa

tulisi hyödyntää eri erikoisalojen asiantuntijoiden yhteistyötä ja potilaan somaattinen status pitäisi olla hyvin selvillä. (Räsänen 2012.)

### 3.4 Hoitoajat

Hoitoajalla tarkoitetaan potilaan osastolle sisään kirjaamisen ja uloskirjaamisen välistä aikaa sairaalassa tai muussa terveydenhuollon yksikössä (Medical dictionary 2014). Hoitoajan keskiarvo eri yksiköissä saadaan jakamalla kaikkien potilaiden yhteenlasketut hoitopäivät potilaiden määrällä (OECD 2013). Hoitoaikoihin vaikuttavat useat eri tekijät. Silvan ym. (2014) tekemän tutkimuksen mukaan potilaan ikä, sukupuoli, diagnoosi ja laitoksen resurssit vaikuttavat merkittävästi hoitoaikojen pituuksiin.

Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tilastoi erikoissairaanhoidon potilasmääriä, hoitoaikoja ja -jaksoja vuosittain. Tilastoinnit tehdään sairaanhoidopiireittäin ja niissä huomioidaan potilaan ikä, diagnoosi sekä tehty toimenpide. (Fredriksson ym. 2013.)

### 3.5 Päihde- ja myrkytyspotilaan kulku

Päihteet ovat kemiallisia yhdisteitä, aineita tai luonnontuotteita, joita käytetään huumaus-, päihtymis- ja piristystarkoitukseen (Vuori-Kemilä ym. 2007, 34). Tupakkatuotteet, kofeiini ja alkoholi luokitellaan laillisiin sosiaalisiin päihteisiin. Huumeisiin luokitellaan huumausaineet, tekniset liuottimet ja lääkkeet väärinkäytettyinä. (Dahl & Hirschovits 2002, 5; Castrén ym. 2012.)

Päihdehuoltolaki ohjaa kuntia järjestämään tarvittavat palvelut ja hoidot päihdepotilaille. Lain tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä niistä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. (Finlex - Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Päihdeongelmainen ohjataan tarpeidensa mukaan vieroitushoitoon, psykiatrialle tai somaattiseen hoitoon (PSSHP 2009). Päihdemyrkytyksellä tarkoitetaan tilaa, jossa elimistöön on tuotu päihdyttävää ainetta niin paljon, että sen sietokyky eli toleranssi on ylittynyt (Huttunen 2013). Yleisimpiä myrkytyksen aiheuttajia aikuisilla ovat alkoholi ja lääkkeet (Castrén ym. 2012). Myös huumausainemyrkytyk-

set ovat yleistyneet (Castrén ym. 2012). Päihdemyrkytyspotilaat tulevat hoitoon tavallisesti päivystyksen kautta, jossa heidän tilansa arvioidaan (Hannula ym. 2012).

Hannula ym. (2012) on tarkastellut kirjallisuuskatsauksessaan päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoitoon johtaneita syitä ja hoidon kulkua Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Päihteiden aiheuttamat ongelmat kuormittavat nykyisin entistä enemmän yliopistollisten sairaaloiden päivystysyksiköitä. Yleisimmin päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoitoon osallistuvat kirurgian ja sisätautien erikoisalat. Päihde- ja päihdemyrkytyspotilaiden hoito on usein haastavaa joutuessaan potilaiden mahdollisesta huonosta hoitomotivaatiosta ja eri erikoistalojen puutteellisesta yhteistyöstä. (Hannula ym. 2012.)

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tiivis yhteenveto eri hoitotyön toimintatavoista vertaillen vuosia 2009–2012 vuosiin 2013–2014. Opinnäytetyö on rajattu kuvaamaan neuro-, tules-, sydän- ja vatsatoimialueita. Tavoitteena on, että Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri pystyy hyödyntämään tätä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta arvioidessaan hoitoprosessien sujuvuutta uudessa T- sairaalassa.

Ohjaavat kysymykset:

1. Millaiseksi potilaat kokivat uuden T-sairaalan?
  - 1.1 Miten potilaat kokivat potilassiirrot vuosina 2009–2012 ja 2013–2014?
  - 1.2 Kokivatko potilaat uuden T-sairaalan viihtyisäksi ja toimivaksi?
2. Mitä mieltä hoitohenkilökunta oli psykiatristen palveluiden käytöstä ja saatavuudesta vuosina 2009–2012 ja 2013–2014?
3. Miten uusi toimialuekohtainen toimintamalli on vaikuttanut potilaiden hoitoaikoihin?
4. Miten päihde- ja päihdemyrkytyspotilaan hoidon kulku erosi vertaillen vuotta 2008 vuoteen 2013?

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Tutkittavat aineistot ovat laajoja, eikä aineiston valintaa rajaa metodiset säännöt. Tutkittavaa ilmiötä kuvataan laaja-alaisesti ja tarvittaessa sitä voidaan luokitella ilmiön ominaisuuksien mukaan. Tutkimuskysymykset eivät ole niin tarkkoja kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen orientaatiomuoto. Tämä opinnäytetyö toteutettiin tätä orientaatiotapaa käyttäen. Narratiivisessa yleiskatsauksessa on kyse melko laajasta prosessista, jonka tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Analyysin muoto on kuvaileva synteesi ja sen yhteenvedo muodostuu tiiviisti ja johdonmukaisesti. Tutkimusaineistoa ei ole valittu systemaattisen seulan läpi. Narratiivinen katsaus ei tarjoa analyyttisintä tulosta, mutta sen avulla pystytään ajantasaistamaan tutkimustietoa. (Salminen 2011, 7.)

Kirjallisuuskatsausta varten valittiin vuosina 2009–2012 ja 2013–2014 valmistuneet Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt, mitkä liittyvät hoitotyön toimintatapoihin Hoi-Pro-projektissa. Näitä opinnäytetöitä oli yhteensä 23 kappaletta. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan yksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, mikä liittyi samaan projektiin muiden opinnäytetöiden kanssa. Lähes kaikki nämä aineistot olivat saatavilla ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto – Theseuksesta. Näiden opinnäytetöiden pohjalta toteutettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tämän tutkimusmuodon valinnalle perusteluna oli se, että kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään rakentamaan kokonais kuvaa tietystä asiakokonaisuudesta (Salminen 2011, 3).

## 6 TULOKSET

### 6.1 Potilassiirrot

Potilaiden kokemuksia potilassiirroista on tutkittu haastattelututkimuksella, joten haastateltavien määrä on ollut melko pieni.

Traumatologiset potilaat kokivat potilassiirrot kokonaisuudessaan hyviksi vuosina 2010 ja 2013. Molempina vuosina esille nousi paljon samoja asioita. Hoito-henkilökunta sai potilailta kiitosta. Hoitajat olivat ystävällisiä ja he tekivät potilassiirrot turvallisesti ja asiantuntevasti. Vuosina 2010 ja 2013 yhteisenä epäkohtana potilaat mainitsivat informaation puutteen siirtotilanteissa. Lisäksi negatiivista palautetta potilaat antoivat sairaalan tiloista. Vuonna 2010 potilaat toivoivat, että siirron ajaksi saisi lämpöpeiton ja siirron voisi toteuttaa oma henkilökunta, jotta hoitajien aika riittäisi paremmin hoitotyöhön. Vuonna 2013 potilaat eivät maininneet mitään yksittäisiä parannusehdotuksia vaan he toivoivat ongelmakohtien kehittämistä. (Taulukko 1.); (Heikkilä & Taponen 2010, 22–30; Etelälahti & Suominen 2014, 28–34.)

Taulukko 1. Traumatologisten potilaiden kokemuksia potilassiirroista klinikamallin ja toimialuekohtaisen toimimallin ajalta (Heikkilä & Taponen 2010, 22–30; Etelälahti & Suominen 2014, 28–34).

TRAUMATOLOGISTEN POTILAIEN KOKEMUKSIA POTILASSIIIRROISTA			
	Positiiviset kokemukset	Negatiiviset kokemukset	Kehitettävät asiat
Klinikkamalli (–2012)	-hoitajien toiminta -yksilöllisyys -asiantuntevuus	- informaation puute - kiireinen henkilökunta - vieras ympäristö - tuen puute henkilökunnalta - kylmät käytävät - ahtaat tilat	- lämpöpeittoja siirron ajaksi - oma henkilökunta tekemään potilassiirrot - potilaiden perustarpeet huomioitaisiin heti siirron jälkeen
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	- hoitajien toiminta - turvallisuus - yksilöllisyys	- informaation puute - tavaroiden hukkuminen - kirkas valaistus - kynnykset - pahoinvointi	- ongelmakohtien kehittäminen

Vuonna 2011 vatsatoimialueen potilaat kokivat hoitohenkilökunnan asialliseksi ja mukavaksi potilassiirtojen yhteydessä. Potilaat arvioivat myös saaneensa riittävästi informaatiota hoitajilta. Potilaat kokivat siirrot kivuliaiksi käytävien epätasaisuudesta johtuen. Vuonna 2014 potilaat olivat tyytyväisiä potilassiirtoihin. Heillä ei ollut mitään hyvää, eikä huonoa sanottavaa. Kehitysehdotukseksi potilaat mainitsivat vuonna 2011 tasaisemmat käytävät sekä oman henkilökunnan suorittamaan potilassiirrot, jotta hoitajille jäisi enemmän aikaa hoitotyölle. (Taulukko 2.); (Aalto & Hakamäki 2011, 23–28; Koski & Meriläinen 2014, 15–19.)

Taulukko 2. Vatsapotilaiden kokemuksia potilassiirroista klinikkamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin ajalta (Aalto & Hakamäki 2011, 23–28; Koski & Meriläinen 2014, 15–19).

VATSAPOTILAIEN KOKEMUKSIA POTILASSIIROISTA			
	Positiiviset kokemukset	Negatiiviset kokemukset	Kehitettävät asiat
Klinikkamalli (–2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitajien toiminta</li> <li>- informaatio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kylmät käytävät</li> <li>- käytävien epätasaisuus</li> <li>- kivuliaisuus</li> <li>- odotusajat</li> <li>- henkilökunnan kiire</li> <li>- informaation puute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tasaisemmat käytävät</li> <li>- oma henkilökunta tekemään potilassiirrot</li> </ul>
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neutraalit kokemukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neutraalit kokemukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ei kehitys ehdotuksia</li> </ul>

Vuosina 2011 ja 2014 sydäntoimialueen potilaat kokivat hoitajien toiminnan positiiviseksi potilassiirtojen aikana. Vuonna 2014 potilaat kuvailivat siirtoa turvalleksi ja toimivaksi. Vuonna 2011 potilaat mainitsivat informaation puutteen ja siirron ajankohdan negatiivisiksi asioiksi potilassiirtojen yhteydessä. Näitä asioita on pystytty nähtävästi kehittämään, koska vuonna 2014 informaatio ja siirron ajankohta on mainittu positiivisina asioina. Vuonna 2011 potilaat kokivat sairaalan tiloihin liittyviä asioita negatiivisina. Käytävät olivat kylmiä ja ahtaita sekä kynnykset aiheuttivat epätasaisuutta. Vuonna 2014 potilaat arvioivat, että potilassängyt soveltuvat huonosti liikutteluun. Myös yksiköiden väliset välimatkat potilaat kokivat liian pitkiksi. Kehitettäviksi asioiksi vuonna 2011 mainittiin tilavammat käytävät ja potilashuoneiden lisääminen, jottei käytävillä tarvitsisi odotella niin kauaa. Vuonna 2014 yksi potilaista pohti, miksei potilassiirtoa voisi



tehdä pyörätuolilla, jos potilaan kunto sen sallii. (Taulukko 3.); (Juvonen ym. 2011, 30–33; Lindström ym. 2014, 21–33.)

Taulukko 3. Sydänpotilaiden kokemuksia potilassiirroista klinikkamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin ajalta (Juvonen ym. 2011, 30–33; Lindström ym. 2014, 21–33).

SYDÄNPOTILAIEN KOKEMUKSIA POTILASSIIROISTA			
	Positiiviset kokemukset	Negatiiviset kokemukset	Kehitettävät asiat
Klinikkamalli (–2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitajien toiminta</li> <li>- potilaan huomiointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kylmät käytävät</li> <li>- ahtaat tilat</li> <li>- kynnykset</li> <li>- informaation puute</li> <li>- odotusajat</li> <li>- siirron ajankohta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tilavammat käytävät</li> <li>- lisää potilashuoneita</li> </ul>
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitajien toiminta</li> <li>- toimivuus</li> <li>- turvallisuus</li> <li>- informaatio</li> <li>- siirron ajankohta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odotusajat</li> <li>- informaatio osastojen välillä</li> <li>- välimatkat</li> <li>- sängyt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mahdollisuus siirtyä pyörätuolilla</li> </ul>

Molempina tarkasteltavina vuosina hoitajien toiminta sai kiitosta neurologisilta potilailta. Vuonna 2010 potilaat mainitsivat informaation puutteen negatiivisena asiana, kun taas vuoteen 2014 tultaessa potilaat kokivat saavansa riittävästi informaatiota. Vuonna 2010 potilaat arvioivat odotusajan olleen liian pitkä potilassiirtoja tehdessä. Lisäksi kylmät ja epätasaiset käytävät aiheuttivat potilaissa negatiivisia ajatuksia. Potilaat toivoivat saavansa paksumman peiton siirtojen ajaksi. Potilaat ajattelivat, että kapeampi sänky voisi helpottaa siirtoa ahtailla käytävillä. Myös vuonna 2014 potilaat kokivat siirron odotusajan olevan liian pitkä. Lisäksi siirron odotuspaikka ja odotusajankohta olivat huonoja. Jatkossa potilaat toivoivat, että siirrettäessä jalat olisivat menosuuntaan, jotta he näkisivät sängystä paremmin. (Taulukko 4.); (Toivonen 2010, 20–25; Lindberg & Törmänen 2014, 30–42.)

Taulukko 4. Neurologisten potilaiden kokemuksia potilassiirroista klinikkamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin ajalta (Toivonen 2010, 20–25; Lindberg & Törmänen 2014, 30–42).

NEUROLOGISTEN POTILAIEN KOKEMUKSIA POTILASSIIRROISTA			
	Positiiviset kokemukset	Negatiiviset kokemukset	Kehitettävät asiat
Klinikkamalli (–2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaivattomuus</li> <li>- hoitajien toiminta</li> <li>- asiantuntevuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odotusaika</li> <li>- informaatio</li> <li>- kylmät käytävät</li> <li>- epätasaisuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paksumpi peitto</li> <li>- kapeampi sänky</li> <li>- aikataulut</li> <li>- informaatio</li> </ul>
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informaatio</li> <li>- hoitajien toiminta</li> <li>- sujuvuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odotusaika</li> <li>- siirron ajankohta</li> <li>- odotuspaikka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- siirrettäessä jalat menosuuntaan</li> </ul>

## 6.2 T-sairaalan tilat

Kaikilta tarkasteltavilta toimialueilta tuli potilailta yhtenäisiä mielipiteitä, että uudet T- sairaalan tilat olivat viihtyisät, siistit, avarat, upeat ja valoisat. TULES-potilaat pitivät huoneiden kalusteista ja onnistuneesta äänieristyksestä. Myös huoneen televisio koettiin positiiviseksi asiaksi. Sydänpotilaat ja neurologiset potilaat antoivat kiitosta taiteesta ja huoneissa olevista omista suihkutiloista. Lisäksi neuropotilaat pitivät potilasmäärää sopivina potilashuoneissa. (Taulukko 5.); (Etelälahti & Suominen 2014, 28–34; Koski & Meriläinen 2014, 15–19; Lindström ym. 2014, 21–33; Lindberg & Törmänen 2014, 30–42.)

Tules-potilaat pohtivat, olivatko modernit arkkitehtuuriset ratkaisut ja suuret lasipinnat käytännöllisiä sairaalassa. Tules- ja sydänpotilaiden mielestä tyhjiä auloja pitäisi saada hyödynnettyä paremmin. Vatsapotilaiden mielestä potilashuoneissa oli liikaa potilaita ja huoneista puuttui televisiot. Lisäksi huoneet olivat liian viileitä. Sydänpotilaat ja neurologiset potilaat pitivät uusia tiloja sekavina. Vaikka wc- tilat saivat heiltä kiitosta, myös parannettavaa löytyi. Wc- tiloissa suihkuvesi valui väärään suuntaan ja tilat jäivät kosteiksi pitkäksi aikaa. Myös taide sai positiivisen palautteen lisäksi negatiivista palautetta neurologisilta potilailta. Potilaat miettivät, oliko taide tarpeellista sairaalassa vai olisiko rahaa voinut käyttää johonkin muuhun. (Etelälahti & Suominen 2014, 28–34; Koski & Meriläinen 2014, 15–19; Lindström ym. 2014, 21–33; Lindberg & Törmänen 2014, 30–42.)

Tules-potilaat kaipasivat suurempaa televisiota potilashuoneisiin. Lisäksi potilashuoneisiin olisi hyvä saada kello seinällä. Potilaspöytiä he pitivät epäkäyttännöllisinä. Sydänpotilaat kaipasivat parempia opasteita T-sairaalaan. Potilaat ehdottivat myös, että tyhjiä tiloja voisi jotenkin käyttää hyödyksi. Vatsapotilailta ja neurologisilta potilailta ei tullut parannusehdotuksia. (Etelälahti & Suominen 2014, 28–34; Koski & Meriläinen 2014, 15–19; Lindström ym. 2014, 21–33; Lindberg & Törmänen 2014, 30–42.)

Taulukko 5. Potilaiden kokemuksia uudesta T-sairaalaan tules-, vatsa-, sydän- ja neurotoimialueelta (Etelälahti & Suominen 2014, 28–34; Koski & Meriläinen 2014, 15–19; Lindström ym. 2014, 21–33; Lindberg & Törmänen 2014, 30–42).

POTILAIDEN KOKEMUKSIA T-SAIRAALAN TILOISTA				
	TULES- potilaat	Vatsapotilaat	Sydänpotilaat	Neuropotilaat
Positiiviset kokemukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nykyaikainen</li> <li>- viihtyisät</li> <li>- valoisuus</li> <li>- siisteys</li> <li>- televisiot</li> <li>- äänieristys</li> <li>- kalusteet</li> <li>- kynnysten vähäisyys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tilavat huoneet ja käytävät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- viihtyisät</li> <li>- avaruus</li> <li>- valoisuus</li> <li>- televisiot</li> <li>- taide</li> <li>- oma suihku/wc potilas-huoneessa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- viihtyisät</li> <li>- siisteys</li> <li>- oma suihku/wc potilashuoneessa</li> <li>- taide</li> <li>- sopiva potilasmäärä huoneissa</li> </ul>
Negatiiviset kokemukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>- modernit arkkitehtuuriset ratkaisut</li> <li>- lasin käyttö</li> <li>- tyhjät tilat</li> <li>- wc- tilat</li> <li>- ahtaat käytävät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kylmyys</li> <li>- vähemmän potilaspaiikkoja huoneisiin</li> <li>- ei televisiota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sekavuus</li> <li>- wc- tilat</li> <li>- yksityisyyden puute</li> <li>- tyhjät tilat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sekavuus</li> <li>- taiteen tarpeellisuus</li> <li>- wc- tilat</li> </ul>
Parannusehdotukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suurempi televisio</li> <li>- wc- tilat</li> <li>- kello potilashuoneeseen</li> <li>- potilaspöydät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ei parannusehdotuksia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opasteet</li> <li>- tyhjien tilojen hyötykäyttö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ei parannusehdotuksia</li> </ul>

Leinon (2014) suorittamassa haastattelussa on haastateltu hoitajia ja asiantuntijapanelisteja eri toimialueilta, mutta tuloksia ei ole eroteltu toimialuekohtaisesti. Kokonaisuudessaan hoitohenkilökunta ja asiantuntijapanelistit olivat tyytyväisiä T-sairaalan avariin ja valoisiin tiloihin. Hoitohenkilökunta oli tyytyväinen potilas-, kylpy- ja lääkehuoneisiin. Heidän mukaansa näissä huoneissa oli riittävästi tilaa työskennellä ja huoneet olivat toimivia. T-sairaalan hissit olivat hoitohenkilökunnan ja asiantuntijapanelistien mielestä toimivia. Hoitajien mukaan kanslioissa oli

liian vähän työtilaa. Heidän mielestään osastoilla oli liian vähän yhden hengen huoneita ja eristyshuoneita, eikä omaisten yöpymistä osastolla oltu huomioitu. Haastateltavien mielestä potilashuoneiden ovet olivat liian raskaat. Joillakin toimialueilla tilojen sijoittelut eivät toimineet, koska vuodeosastot ja poliklinikat saattoivat sijaita eri rakennuksissa. Hoitajien työaikaa kului paljon potilaiden opastamiseen, koska sairaalan opasteet olivat epäselviä. Haastateltavat kaipa- sivat T-sairaalaan lisää potilaspaikkoja, wc-tiloja ja varastoja. Kaikissa tiloissa tulisi olla ainakin lavuaari, jotta tilojen muunneltavuus onnistuisi helpommin. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Henkilökunnan ja asiantuntijajanelistien kokemuksia T-sairaala- sta (Leino 2014, 30–64).

HENKILÖKUNNAN JA ASIAANTUNTIJAPANELISTIEN KOKEMUKSIA T-SAIRAALASTA			
	Positiiviset kokemukset	Negatiiviset kokemukset	Parannusehdotukset
Hoitohenkilökunta ja asiantuntijajanelistit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilashuoneet</li> <li>- kylpyhuoneet</li> <li>- lääkehuoneet</li> <li>- hissit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-kansliat</li> <li>-omaisten yöpyminen</li> <li>- vähän yhden hengen huoneita</li> <li>- suuret aulatilat</li> <li>- vähän eristyshuoneita</li> <li>- raskaat ovet</li> <li>- opasteet</li> <li>- tilojen sijoittelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tilojen muunneltavuus</li> <li>- lisää potilaspaikkoja</li> <li>- lisää wc-tiloja</li> <li>- lisää varastoja</li> </ul>

### 6.3 Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus

Vuonna 2009 traumatologisella osastolla sairaanhoitajilla oli epäselvyyttä saa- vatko he konsultoida suoraan psykiatrista sairaanhoitajaa vai konsultoiko lääkäri ensin psykiatria. Päihdesairaanhoitajan konsultoinnin sairaanhoitajat saivat teh- dä osastolla itsenäisesti. Lisäksi potilailla oli mahdollisuus keskustella sairaala- papin tai sosiaalityöntekijän kanssa. Hoitajien arvion mukaan traumatologian osastolla oli paljon potilaita, jotka kaipa- sivat psykiatrista apua. Kokonaisuudes- saan traumatologian osaston sairaanhoitajien mukaan psykiatrisia palveluita oli hyvin saatavilla. Vuosina 2009–2010 konsultaatiopyyntöjä osastolta tehtiin kes- kimäärin 43 kappaletta psykiatriselle kriisipoliklinikalle vuodessa ja keskimäärin 47 konsultaatiopyyntöä addiktivipoliklinikalle vuodessa. (Taulukko 7.); (Härmä 2011, 31–39; Haapasaari ym. 2014, 20–27.)

Vuonna 2014 traumaosastolla päihdesairaanhoidajan palveluita tarjottiin potilaille viikoittain ja muita psykiatrisia palveluita keskimäärin kerran kuussa. Päihdesairaanhoidajan palveluiden rinnalla korvaushoidon palvelut olivat yleisesti käytössä osastolla. Lisäksi potilailla oli mahdollisuus keskustella sairaalapapin kanssa. Lääkärit tekivät yhteistyössä sairaanhoidajan kanssa lähetteet psykiatrian toimialueelle. Tarvittaessa virka-ajan ulkopuolella lääkärit pystyivät konsultoimaan päivystävää psykiatria. Sairaanhoidajien mukaan psykiatriset palvelut olivat toimivia ja niitä oli saatavilla tarpeen vaatiessa. Traumaosaston sairaanhoidajien mukaan psykiatrisen sairaanhoidajan palvelut olivat vähentyneet toimialueuudistuksen myötä. (Haapasaari ym. 2014, 20–27.)

Taulukko 7. Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus traumatologisilla osastoilla klinikkamallissa ja toimialuekohtaisessa toimintamallissa (Härmä 2011, 31–39; Haapasaari ym. 2014, 20–27).

PSYKIATRISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS TRAUMATOLOGISILLA OSASTOILLA				
	Palveluiden käyttö	Palveluiden saatavuus	Palveluiden tarve	Lähteet
Klinikkamalli (–2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- päihdesairaanhoidaja</li> <li>- psykiatri</li> <li>- psykiatrinen sairaanhoidaja</li> <li>- sosiaalityöntekijä</li> <li>- sairaalapappi</li> </ul>	- kokonaisuudessaan hyvää	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilailla paljon psykiatrisia ongelmia</li> <li>- sairaanhoidaja arvioi psykiatristen palveluiden tarvetta</li> <li>- potilas pyytää itse psykiatrista tukea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitaja voi konsultoida päihdesairaanhoidajaa</li> <li>- keskimäärin 43 konsultaatiopyyntöä psykiatriselle kriisipoliklinikalle vuodessa</li> <li>- keskimäärin 47 konsultaatiopyyntöä addiktiopoliklinikalle vuodessa</li> </ul>
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- päihdesairaanhoidaja</li> <li>- psykiatrinen sairaanhoidaja</li> <li>- korvaushoito</li> <li>- psykiatri</li> <li>- sairaalapappi</li> </ul>	- traumaosaston sairaanhoidajat tyytyväisiä palveluihin	- traumaosastolla tarve viikoittaista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkärit tekevät lähetteet yhteistyössä sairaanhoidajan kanssa</li> <li>- psykiatrian toimialue</li> <li>- päivystävä psykiatri</li> </ul>

Vuonna 2011 vatsatoimialueen päivystysosastolla psykiatrisen sairaanhoidajan käyttö oli yleisempää kuin psykiatrin. Lisäksi sairaanhoidajat konsultoivat päihdesairaanhoidajaa. Vuosina 2009–2010 päivystysosastolta tehtiin keskimäärin 38 psykiatrista konsultaatiopyyntöä vuodessa. Psykiatrisia palveluita hoitajat tarjosivat potilaille, joilla oli päihdetaustaa tai mielenterveysongelmia. Lisäksi potilaat, jotka sairastivat vakavaa sairautta, kuten syöpää, saattoivat tarvita

psykiatrasta tukea. Sairaanhoidajat kertoivat, että psykiatrisia palveluita oli hyvin saatavilla. (Taulukko 8.); (Järvinen & Kleemola 2011, 43–52; Jakobsson & Leinonen 2014, 31–35.)

Vatsayksikön operatiivisella päivystysosastolla vuonna 2014 hoitajat arvioivat, että psykiatrisia palveluita käytettiin keskimäärin kahdesta neljään kertaan kuukaudessa. Päihdepotilaat olivat psykiatrinen palveluiden suurin käyttäjäryhmä. Psykiatrisia palveluita käyttivät myös esimerkiksi psyykkisesti sairast tai vakavan sairauden diagnoosin saaneet potilaat, mutta näiden ryhmien osuus oli selvästi pienempi verrattuna päihdepotilaisiin. Päihdesairaanhoidajan palvelut olivat osastolla yleisimmin käytössä. Lisäksi osastolla käytettiin addiktiopoliklinikan palveluita ja lääkärin tekemiä konsultaatiopyyntöjä psykiatrille. Hoitajien mielestä päihdesairaanhoidajien palveluita oli hyvin saatavilla, mutta muut psykiatriset palvelut olivat vaikeammin saatavilla. (Jakobsson & Leinonen 2014, 31–35.)

Taulukko 8. Psykiatrinen palveluiden käyttö ja saatavuus vatsatoimialueella klinikkamallissa ja toimialuekohtaisessa toimintamallissa (Järvinen & Kleemola 2011, 43–52; Jakobsson & Leinonen 2014, 31–35).

PSYKIATRISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS VATSATOIMIALUEELLA				
	Palveluiden käyttö	Palveluiden saatavuus	Palveluiden tarve	Lähteet
Klinikkamalli (–2012)	- psykiatrinen sairaanhoidaja - psykiatri - päihdesairaanhoidaja	- palveluita hyvin saatavilla - psykiatrisen sairaanhoidajan palveluita helpommin saatavilla kuin psykiatrin	- päihdetausta - mielenterveysongelmat - vakava sairaus	- päivystysosastolla keskimäärin 38 psykiatrasta konsultaatio- pyyntöä vuodessa
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	- päihdesairaanhoidaja - psykiatri - addiktiopoliklinikka	- palveluita riittävästi saatavilla - päihdesairaanhoidaja saatavissa nopeasti - muut psykiatriset palvelut vaikeammin saatavissa	- päivystys- osastolla palveluita käytettiin 2-4 kertaa kuukaudessa - päihdepotilaat - psyykkisesti sairast - vakava sairaus - suisidaaliset potilaat - keskustelu- tai kriisiapua tarvitsevat	- sairaanhoidajat tekevät konsultaatiopyynnön päihdesairaanhoidajalle - muut lähteet tekee lääkäri

Vuonna 2010 neurotoimialueen sairaanhoidajat kertoivat, että psykiatrisia palveluita käytetään osastolla noin neljä kertaa kuukaudessa. Nämä palvelut olivat

psykiatrin ja psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatioita. Hoitajat olivat pääasiassa tyytyväisiä psykiatristen palveluiden saatavuuteen. Kiireettömissä tilanteissa palveluissa saattoi olla kuitenkin pitkä viive. Neurotoimialueella psykiatriasia palveluita tarvitsivat potilaat, joilla oli taustalla mielenterveyden ongelmia. Myös itsetuhoisille ja deliriumpotilaille pyydettiin psykiatrisia palveluita. Kun neurologinen sairaus pahenee, voi potilas tarvita psykiatrista apua. Eniten psykiatrian konsultaatiopyynnot koskivat potilaiden psyykenlääkityksiä. Hoitajat toivoivat, että lääkärit kuuntelisivat enemmän heidän näkemyksiään konsultaatiopyyntöjä tehtäessä. (Taulukko 9.); (Paijo ym. 2010, 26–37; Lairola & Nikkari 2014, 19–27.)

Vuonna 2014 neurotoimialueen hoitajat kertoivat käyttävänsä enimmäkseen päihdesairaanhoitajan palveluita psykiatrian toimialueelta. Psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita oli myös jonkin verran käytössä osastolla. Lisäksi osaston lääkärin oli mahdollisuus tehdä konsultaatiopyyntö psykiatrille. Psykiatrista apua tarvitsevat potilaat, joilla oli elinikäinen ja vakava sairaus. Myös päihdepotilaille tarjottiin psykiatrista apua. Itsetuhoisia ja ahdistuneita potilaita neurotoimialueella oli harvemmin. Sairaanhoitajat tekivät tukikeskustelupyntöjä lähes päivittäin. Hoitohenkilökunnan mukaan päihdesairaanhoitajan palvelut olivat nopeasti saatavilla, mutta psykiatrin palveluita joutui odottamaan liikaa. Neurotoimialueen sairaanhoitajien mielestä toimialuekohtaiseen toimintamalliin siirtyminen ei vaikuttanut psykiatristen palveluiden saatavuuteen tai käyttöön. (Lairola & Nikkari 2014, 19–27.)

Taulukko 9. Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus neurotoimialueella klinikkamallissa ja toimialuekohtaisessa toimintamallissa (Paijo ym. 2010, 26–37; Lairola & Nikkari 2014, 19–27).

PSYKIATRISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS NEUROTOIMIALUEELLA				
	Palveluiden käyttö	Palveluiden saatavuus	Palveluiden tarve	Lähetteet
Klinikkamalli (–2012)	- psykiatri - psykiatrinen sairaanhoitaja	- palvelut tulivat nopeasti samana päivänä tai heti seuraavana päivänä - kiireettömässä tilanteessa saattoi joutua odottamaan pidempään	- hoitajat arvioivat, että palveluita käytetään n.4 krt/kk - itsetuhoiset potilaat - taustalla mielenterveyden ongelmia - lääkeshoidon konsultointi - delirium - neurologisen sairauden paheneminen	- hoitajat toivoivat, että lääkärit kuuntelisivat heitä enemmän psykiatrisen konsultaatioita tehtäessä
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	- päihdesairaanhoidaja - psykiatrinen sairaanhoitaja - psykiatri	- sairaanhoitajat tyytyväisiä päihdesairaanhoidajan palveluihin - psykiatrin palveluissa liian pitkä viive	- sairaanhoitajat tekevät tukikeskustelupyynnöjä lähes päivittäin - vakava sairaus - päihteiden väärinkäyttö	- sairaanhoitajat konsultoivat päihdesairaanhoidajaa ja psykiatrista sairaanhoitajaa - lääkärit tekevät konsultaatiopyynnöt psykiatrille

#### 6.4 Hoitoajat

Tules-potilaiden keskimääräinen hoitoaika klinikkamallin aikaan vuosina 2006–2009 oli 4,6 vuorokautta ja vuosina 2010–2012 3,7 vuorokautta. Vuonna 2013 uuden toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 2,8 vuorokautta. Tules-potilaiden hoitoaika oli selvästi lyhentynyt uuteen toimintamalliin siirryttäessä. Hoitajaksojen määrä oli keskimäärin vähentynyt reilusti vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa. (Taulukko 10.); (Cristersson ym. 2012, 22–42; Pietilä 2014, 19–25.)



Taulukko 10. Tules-potilaiden hoitojaksojen määrä vuodessa ja keskimääräiset hoitoajat vuorokausina Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2006–2013 (Cristersson ym. 2012, 22–42; Pietilä 2014, 19–25).

TULES-POTILAIEN KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA JA HOITOJAKSOJEN MÄÄRÄ KESKIMÄÄRIN VUODESSA		
Vuosi	Hoitoaika keskimäärin (vrk)	Hoitojaksoja keskimäärin vuodessa
2006–2009	4,6	6482
2010–2012	3,7	4646
2013	2,8	5095

Taulukossa 11. on tarkasteltu tules-potilaiden yleisimpien diagnoosien mukaan hoitoaikojen muutoksia eri vuosina. Suurimmat hoitoaikojen muutokset olivat tapahtuneet polven nivelrikko- (M17) ja lonkan nivelrikko- (M16) potilaiden hoitoajoissa. (Cristersson ym. 2012, 22–42; Pietilä 2014, 19–25.)

Taulukko 11. TULES- potilaiden yleisimpien diagnoosien keskimääräiset hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2006–2013 (Cristersson ym. 2012, 22–42; Pietilä 2014, 19–25).

KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA			
Diagnoosi (ICD-10-tautiluokituksen mukainen)	2006–2009	2010–2012	2013
Polven nivelrikko (M17)	4,7	5,4	2,9
Reisiluun murtuma (S72)	6,5	5,6	5,7
Hartiaseudun pehmytkudossairaudet (M75)	1,1	1,3	1,2
Lonkan nivelrikko (M16)	5,9	5,5	3,7

Vatsapotilaiden keskimääräinen hoitoaika klinikkamallin aikaan vuosina 2006–2009 oli 4,4 vuorokautta ja vuosina 2010–2012 4,3 vuorokautta. Toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan vuonna 2013 potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 3,9 vuorokautta. Vatsapotilaiden hoitoajat olivat keskimäärin jatkuvasti lyhentyneet. Hoitojaksojen määrät olivat selvästi vähentyneet vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa. (Taulukko 12.); (Keränen & Koli 2011, 31–43; Pasto ym. 2014, 30–40.)

Taulukko 12. Vatsapotilaiden hoitojaksojen määrä vuodessa ja keskimääräiset hoitoajat vuorokausina Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2006–2013 (Keränen & Koli 2011, 31–43; Pasto ym. 2014, 30–40).

VATSAPOTILAIEN KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA JA HOITOJAKSOJEN MÄÄRÄ KESKIMÄÄRIN VUODESSA		
Vuosi	Hoitoaika keskimäärin (vrk)	Hoitojaksoja keskimäärin vuodessa
2006–2009	4,4	3041
2010–2012	4,3	2800
2013	3,9	2404

Taulukkoon 13. on kerätty yleisimpien vatsapotilaiden diagnoosien mukaan keskimääräisiä hoitoaikoja. Lähes kaikkien diagnoosien hoitoajat ovat lyhentyneet vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa. Haimasyövän (C25) ja gastroenteriitin (A09) keskimääräiset hoitoajat ovat hiukan pidentyneet. Eniten hoitoaika on lyhentynyt (-2,7 vrk) kooloniin syövän (C18) diagnoosissa.

Taulukko 13. Vatsapotilaiden yleisimpien diagnoosien keskimääräiset hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2006–2013 (Keränen & Koli 2011, 31–43; Pasto ym. 2014, 30–40).

KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA			
Diagnoosi (ICD-10-tautiluokituksen mukainen)	2006–2009	2010–2012	2013
Sappikivitauti (K80)	2,9	2,9	2,5
Vatsa- tai lantiokipu (R10)	2,1	1,8	1,6
Akuutti umpilisäkkeen tulehdus (K35)	2,8	2,4	2,0
Suolen umpipussitauti (K57)	4,2	4,3	3,3
Koolonin syöpä (C18)	8,8	6,9	6,1
Peräsuolen syöpä (C20)	8,8	7,4	7,2
Paralyttinen ileus tai suolen tukkeuma ilman tyrää (K56)	6,0	5,7	5,7
Haimasyöpä (C25)	5,5	5,0	5,7
Gastroenteriitti (A09)	1,9	2,7	2,6

Sydänpotilaiden keskimääräinen hoitoaika klinikkamallin aikaan vuosina 2006–2009 oli 3,4 vuorokautta ja vuosina 2010–2012 3,8 vuorokautta. Keskimääräinen hoitoaika oli siis noussut vuosien aikana, mutta vuonna 2013 keskimääräinen hoitoaika uuden toimintamallin aikaan oli jälleen laskenut 3,4 vuorokauteen. Hoitojaksoja on keskimäärin ollut eniten vuosina 2010–2012. (Taulukko 14.); (Helin ym. 2012, 27–37; Lehtola & Virrasoja 2014, 31–37.)

Taulukko 14. Sydänpotilaiden keskimääräinen hoitoaika vuorokausina ja hoitojaksojen keskimääräinen määrä vuodessa tarkastellessa kymmentä yleisintä sydänsairautta vuosina 2006–2013 (Helin ym. 2012, 27–37; Lehtola & Virrasoja 2014, 31–37).

KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA JA HOITOKASOJEN MÄÄRÄ KESKIMÄÄRIN VUODESSA TARKASTELTUNA KYMMENTÄ YLEISINTÄ SYDÄNSAIRAUTTA		
Vuosi	Keskimääräinen hoitoaika	Hoitojaksoja keskimäärin vuodessa
2006–2009	3,4	3016
2010–2012	3,8	3903
2013	3,4	3342

Sydänpotilaiden yleisimpiä diagnooseja tarkastellessa huomataan, että lähes kaikki hoitoajat ovat lyhentyneet vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa. Diagnoosien aorttaläpän viat (I35) ja pitkäaikainen iskeeminen sydänsairaus (I25) hoitoajat olivat pidentyneet uuden toimialuekohtaisen toimintamallin aikana vuonna 2013. (Taulukko 15.); (Helin ym. 2012, 27–37; Lehtola & Virrasoja 2014, 31–37)

Taulukko 15. Sydänpotilaiden yleisimpien diagnoosien keskimääräiset hoitoajat vuosina 2006–2013 (Helin ym. 2012, 27–37; Lehtola & Virrasoja 2014, 31–37).

KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA			
Diagnoosi (ICD-10-tautiluokituksen mukainen)	2006–2009	2010–2012	2013
Pitkäaikainen iskeeminen sydänsairaus (I25)	2,3	2,7	2,7
Sydäninfarkti (I21)	5,0	4,9	4,7
Eteisvärinä tai eteislepatus (I48)	2,7	2,6	2,6
Angina pectoris (I20)	4,3	4,5	3,8
Sydämen vajaatoiminta (I50)	5,9	6,4	5,8
Kurkku- ja rintakipu (R07)	1,7	1,7	1,5
Kohtauksittainen tiheälyöntisyys (I47)	2,5	2,9	2,2
Aorttaläpän viat (I35)	4,7	6,4	6,2
Muut sydämen rytmihäiriöt (I49)	2,4	2,7	2,3
Eteis-kammiokatkos tai vasemman puoleinen haarakatkos (I44)	2,4	3,4	2,8

Taulukossa 16. on yleisimpiä aivoverenkiertohäiriötä sairastavien potilaiden, neurologisia sairauksia sairastavien potilaiden ja neurokirurgisten potilaiden diagnoosien keskimääräisiä hoitoaikoja. Lähes kaikkien diagnoosien hoitoajat lyhenivät tai pysyivät lähes samoina vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa.

Lukinkalvonalaisen vuoden hoitoaika kasvoi vuodesta 2006–2009 vuoteen 2013 tultaessa kolmella vuorokaudella. Diagnoosilla alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10) hoitoaika lyheni eniten vuosien 2006–2013 välillä. (Heino & Kota-aho 2011, 32–40; Peltonen ym. 2014, 26–33.)

Taulukko 16. Neuropotilaiden yleisimpien diagnoosien keskimääräiset hoitoajat vuosina 2006–2013 (Heino & Kota-aho 2011, 32–40; Peltonen ym. 2014, 26–33).

KESKIMÄÄRÄINEN HOITOAIKA VUOROKAUSINA			
Diagnoosi (ICD- 10- tautiluokituksen mukainen)	2006–2009	2010–2012	2013
Aivoinfarkti (I63)	7,9	7,7	6,7
Ateroskleroosi (I70)	3,6	3,4	3,9
Ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt lähisukuiset oireyhtymät (G45)	3,5	3,3	2,5
Epilepsia (G40)	4,5	3,6	3,5
Pyöritys ja huimaus (R42)	2,9	2,8	2,1
Pyörtyminen ja kollapsi (R55)	3,0	2,7	1,9
Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10)	4,6	3,0	3,2
Muualla luokittelemattomat kouristukset (R56)	3,4	2,1	2,5
Kallonsisäinen vamma (S06)	4,5	4,2	4,6
Lukinkalvonalainen vuoto (I60)	4,4	8,7	7,4
Muut aivoverisuonisairaudet (I67)	3,2	3,2	2,8
Muut selän nikamalevyjen sairaudet (M51)	4,1	4,0	3,1
Muut nikamasairaudet (M48)	4,8	5,5	4,9

Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10)- hoitajaksot olivat selvästi lisääntyneet vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa. Myös kallonsisäinen vamma (S06)- ja muut nikamasairaudet (M48)-diagnoosien hoitajaksot lisääntyivät selvästi. (Taulukko 17.); (Heino & Kota-aho 2011, 32–40; Peltonen ym. 2014, 26–33.)

Taulukko 17. Neuropotilaiden yleisimpien diagnoosien keskimääräiset hoitojaksojen määrät vuodessa vuosina 2006–2013 (Heino & Kota-aho 2011, 32–40; Peltonen ym. 2014, 26–33).

KESKIMÄÄRIN HOITOJAKSOJA VUODESSA			
Diagnoosi (ICD-10-tautiluokituksen mukainen)	2006–2009	2010–2012	2013
Aivoinfarkti (I63)	695	817	819
Ateroskleroosi (I70)	587	698	592
Ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt lähisukuiset oireyhtymät (G45)	308	321	355
Epilepsia (G40)	150	263	260
Pyöritys ja huimaus (R42)	81	102	60
Pyörtyminen ja kollapsi (R55)	26	179	161
Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käytäytymisen häiriöt (F10)	19	148	140
Muualla luokittelemattomat kouristukset (R56)	90	137	113
Kallonsisäinen vamma (S06)	233	491	571
Lukinkalvonalainen vuoto (I60)	132	150	113
Muut aivoverisuonisairaudet (I67)	148	178	178
Muut selän nikamalevyjen sairaudet (M51)	111	365	383
Muut nikamasairaudet (M48)	73	282	357

## 6.5 Päihde- ja myrkytyspotilaan kulku

Vuosina 2008 ja 2013 lääkkeen aiheuttama myrkytys oli yleisin syy potilailla hoitoon tullessa. Molempina tarkasteltavina vuosina alkoholin haitallinen käyttö oli toiseksi yleisin hoitoontulon syy, mutta näiden potilaiden määrä oli hyvin pieni verrattuna kaikkiin diagnooseihin. Vuonna 2008 päihde- ja myrkytyspotilaita hoidettiin yhteensä 574 kappaletta ja keskimääräinen hoitoaika näillä potilailla oli 1,56 hoitopäivää. Vuonna 2013 hoidettiin 226 päihde- ja myrkytyspotilasta vuodessa ja keskimääräinen hoitoaika näillä potilailla oli 1,34 hoitopäivää. Organisaatiomuutos tapahtui huhtikuussa 2013, joten tilastot saattoivat olla potilasmäärien osalta virheellisiä. (Taulukko 18.); (Larila ym. 2014, 23–33.)

Vuonna 2008 lähes kaikki päihde- ja myrkytyspotilaat (96 %) tulivat hoitoon päivystyksen kautta ja suurin osa potilaista (78 %) sijoitettiin jatkohoitoon sisätautiosastoille. Vuonna 2013 päihde- ja myrkytyspotilaista noin puolet (49 %) tuli hoitoon päivystyksen kautta ja toiset puolet (48 %) poliklinikan kautta. Organisaation tietojen mukaan kyseessä on kuitenkin virheellinen tulos, sillä lähes kaikki päihde-/myrkytyspotilaat tulivat ja tulevat edelleenkin päivystyksestä. Näistä potilaista lähes kaikki (97 %) sijoitettiin jatkohoitoon akuuttisisätautiosas-

tolle. Toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan potilaat kotiutuivat pääasiassa siltä osastolta, mihin heidät oli sijoitettu hoitoon. Tämä ei toteutunut niin usein klinikkamallin aikaan vaan potilaita jouduttiin siirtämään enemmän osastojen välillä. (Larila ym. 2014, 23–33.)

Taulukko 18. Päihde- ja myrkytyspotilaan kulku Turun yliopistollisessa keskussairaalassa klinikkamallissa ja toimialuekohtaisessa toimintamallissa (Larila ym. 2014, 23–33).

PÄIHDE- JA MYRKYTYSBOTILAAN KULKU				
	Hoitoontulosy ja hoitoontulo-aika	Potilaiden määrä ja hoitoaika	Potilaiden tulotapa	Mihin potilaat sijoitettiin?
Klinikkamalli (–2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkkeen aiheuttama myrkytys</li> <li>- alkoholin haitallinen käyttö</li> <li>- hoitoontulo kasvoi iltaa ja yötä kohti mentäessä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 574 potilasta vuodessa</li> <li>- keskimäärin 1,56 hoitopäivää yhtä potilasta kohti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 96% päivystyksestä</li> <li>- 3% ajanvarausklinikalta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 78% sisätautiosastoille</li> <li>- 13% aikuisten tehoosastolle</li> </ul>
Toimialuekohtainen toimintamalli (2013–)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkkeen aiheuttama myrkytys</li> <li>- alkoholin haitallinen käyttö</li> <li>- hoitoontulo kasvoi iltaa ja yötä kohti mentäessä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 226 potilasta vuodessa (tilastot saattavat olla virheellisiä organisaatiomuutoksesta ja aineiston virheellisyydestä johtuen)</li> <li>- keskimäärin 1,34 hoitopäivää yhtä potilasta kohti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 49% päivystyksestä</li> <li>- 48% poliklinikan kautta</li> <li>- organisaation mukaan virheellinen tulos, sillä edelleen lähes kaikki potilaat tulevat hoitoon päivystyksen kautta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 97% akuuttisisätauti-osastolle</li> </ul>

## 7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimus on suoritettava hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voi olla eettisesti luotettava ja hyväksyttävä. Rehellisyys ja yleinen huolellisuus ja tarkkuus ovat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja tutkimusta tehdessä ja arvioidessa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiseksi ja eettisesti kestäviksi. Toisten tutkijoiden työt tulee ottaa huomioon asianmukaisella tavalla ja heitä on kunnioitettava asianmukaisilla lähdeviittauksilla. Tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin noudattamaan näitä tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja.

Kirjallisuuskatsaus ei tuota analyttisintä tutkimustulosta. Lisäksi kirjoittajat arvelevat, että tietynlainen johdattelevuus ja subjektiivisuus näkyvät narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa. (Salminen, 7.) Nämä asiat toivat haasteita opinnäytetyön luotettavuudelle. Haastateltavat ryhmät olivat melko pieniä, joten liiallista yleistämistä tulee tarkoin pohtia.

Lähteiden luotettavuuden arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota tiedontuottajan luotettavuuteen, lähteen alkuperään ja julkaisuaikakohtaan. Kirjallisuuskatsauksessa on pyritty hankkimaan alkuperäisin tiedonlähde, jotta vältetään toisen käden tieto. Opinnäytetyöt vaativat kriittisempää arviointia kuin väitöskirjat ja tieteellisten lehtien artikkelit. (Tampereen yliopisto 2011a.) Tämä tuli erityisesti huomioda kirjallisuuskatsauksen tulososiossa, minkä lähdemateriaali koostui pelkästään opinnäytetöistä. Kirjallisuuskatsauksen viitekehyksessä oli mukana tieteellisten lehtien artikkeleja ja tutkimuksia sekä väitöskirjoja.

Onnistunut tiedonhaku edellyttää tiedonhankinnan aiheen tarkkaa määrittelymistä. Hakutapoja on pyrittyvä käyttämään monipuolisesti ja suunnitelmallisesti. (Tampereen yliopisto 2011b.) Kirjallisuuskatsauksen viitekehys muodostui sekä

kansallisista että kansainvälisistä tutkimuksista. Keskeisinä hoitotieteellisinä tietokantoina kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa olivat Medic, PubMed ja Cinahl Complete sekä Theseus- julkaisuarkisto.

Kirjallisuuskatsauksen tulososioon on hyvä suhtautua kriittisesti, koska toimialuekohtaiseen toimintamalliin siirtyminen vuonna 2013 on voinut vääristää tilastotietoa. Turun yliopistollisen keskussairaalan tulipalo syksyllä 2011 on voinut vaikuttaa myös tilastojen luotettavuuteen sinä vuonna.



## 8 POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tehdä tiivis yhteenveto eri hoitotyön toimintatavoista vertaillen klinikkamallin vuosia 2009–2012 toimialuekohtaisen toimintamallin vuosiin 2013–2014. Tavoitteena oli, että Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri pystyisi hyödyntämään jatkossa tätä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta arvioidessaan hoitoprosessien sujuvuutta uudessa T-sairaalaissa. Kirjallisuuskatsauksen tulosesiintymiseen otettiin mukaan 23 Turun ammattikorkeakoulun valmista opinnäytetyötä ja yksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Nämä kaikki opinnäytetyöt liittyivät Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektiin 2009–2015 (Hoi-Pro). Hoitotyön toimintatapoja tarkasteltiin Turun yliopistollisen keskussairaalan tules-, vatsa-, sydän- ja neurotoimialueilla.

Aikaisemmin valmistuneiden opinnäytetöiden mukaan kaikilla toimialueilla potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä potilassiirtojen toimivuuteen klinikkamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan. Klinikkamallin aikaan vuosina 2010–2011 potilaat antoivat yleisesti kiitosta hoitajien toiminnasta potilassiirroissa. Hoitajat olivat asiantuntevia ja kohtelivat potilaita yksilöllisesti. Kaikilla toimialueilla toistui samansuuntaiset negatiiviset kokemukset. Potilaat eivät saaneet mielestään riittävästi informaatiota ja potilassiirtojen odotusajat olivat liian pitkiä. Sairaalan tilat olivat ahtaita sekä käytävät epätasaisia ja kylmiä. Kehitysideat liittyivät kaikilla toimialueilla siirron mukavuuteen. Haastateltavat toivoivat lämpöpeittoja siirtojen ajaksi sekä tasaisempaa kuljetusta. Muutama potilas mainitsi myös, että potilassiirtoja voisi toteuttaa oma henkilökunta, jotta hoitajien aika riittäisi paremmin hoitotyöhön.

Toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan vuonna 2013 potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien toimintaan potilassiirroissa. Yleisimmin toistuvat negatiiviset kokemukset eri toimialueilla olivat informaation puute ja liian pitkät odotusajat potilassiirroissa. Potilassiirtojen parannusehdotuksia potilailta tuli melko vähän. Yksi potilaista toivoi, että potilassiirrot voisi tehdä pyörätuolin kanssa, mikäli potilaan kunto sen sallii.

Potilaat pitivät kaikilla toimialueilla T-sairaalan tiloja avarina, viihtyisinä ja tilavina. Omat wc-tilat potilashuoneissa saivat kiitosta potilailta. Potilaat kokivat myös potilashuoneista löytyvän television parantavan viihtyvyyttä. Yleisesti potilaat ihmettelivät sairaalan moderneja ratkaisuja, esimerkiksi miksi tyhjiä auloja, taidetta ja lasia pitää olla niin paljon. Vaikka wc-tilat saivat kiitosta, oli niissä myös parannettavaa. Potilaiden mukaan vesi jäi seisomaan wc-tilaan liian pitkäksi aikaa, eikä näin kosteus lähtenyt pois. Potilaat toivoivat T-sairaalaan selkeämpiä opasteita.

Hoitohenkilökunnan ja asiantuntijapanelistien arviot uudesta T-sairaalaan liittyivät sairaalan tiloihin. Hoitajien mukaan potilas-, lääke- ja kylpyhuoneet olivat toimivia. Hoitajat ja asiantuntijapanelistit kaipaavat osastoille lisää eristys-huoneita ja yhden hengen huoneita. Hoitajat pitivät myös sairaalan opasteita huonoina ja potilaille vaikeasti ymmärrettävinä. Hoitajat ja asiantuntijapanelistit pitivät tärkeinä sairaalatilojen muunneltavuutta.

Kaikilla toimialueilla klinikkamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan osastoilta konsultoitui potilaan tarpeen mukaan psykiatria, psykiatrista sairaanhoitajaa tai päihdesairaanhoitajaa. Joillakin osastoilla käytettiin myös addiktiopoliiniklinikan, korvaushoidon ja sairaalapapin palveluita. Konsultaatioita tehtiin keskimäärin muutaman kerran kuukaudessa, traumaosastoilla tarve saattoi olla viikoittaistakin. Kokonaisuudessaan sairaanhoitajat kokivat, että psykiatrisia palveluita oli riittävästi ja nopeasti saatavilla. Psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita oli helpommin saatavilla verrattuna psykiatrin palveluihin.

Tules-toimialueen potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli vuosina 2006–2009 4,6 vuorokautta, kun vuonna 2013 keskimääräinen hoitoaika oli enää 2,8 vuorokautta. Vatsapotilaiden keskimääräinen hoitoaika vuosina 2006–2009 oli 4,4 vuorokautta ja vuonna 2013 enää 3,9 vuorokautta. Sydänpotilaiden keskimääräinen hoitoaika oli pysynyt samana (3,4 vuorokautta) tarkasteltaessa vuosia 2006–2009 vuoteen 2013. Kun tarkastellaan neurotoimialueen potilaiden yleisimpiä diagnooseja, huomataan hoitoaikojen yleisesti lyhentyneen vuoteen 2013 tultaessa.

Tarkasteltaessa päihde- ja myrkytyspotilaan kulkua klinikkamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin aikaan, voidaan sanoa potilaan hoitoketjun pysyneen lähes samanlaisena. Lääkkeiden aiheuttama myrkytys oli selvästi yleisin hoitoon johtanut syy molempina ajanjaksoina. Lähes kaikki potilaat tulivat molempina tarkasteltavina ajanjaksoina hoitoon päivystyksen kautta ja hoitoontulo lisääntyi iltaa sekä yötä kohti mentäessä. Päivystyksestä suurin osa potilaista sijoitettiin jatkohoitoon sisätautiosastoille.

Tätä kirjallisuuskatsausta voidaan hyödyntää, kun Turun yliopistollinen keskussairaala kehittää edelleen hoitotyön toimintatapojaan. Myös muut sairaanhoitopiirit voivat käyttää kirjallisuuskatsauksen tuloksia hyödykseen, koska näin uudesta sairaalasta ei ole aiempia tutkimuksia Suomessa tehty (Peltoniemi 2012, 13).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu potilaan ja hoitohenkilökunnan kokemuksia ja kehitysehdotuksia uudesta T-sairaalasta. Näitä tuloksia hyödyntäen voitaisiin tulevaisuudessa huomioida enemmän potilaslähtöisyyttä sairaaloita rakennettaessa ja kunnostettaessa.

Hoitohenkilökunta ymmärtää kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta, miltä potilaasta potilassiirrot tuntuvat. Näin hoitohenkilökunta pystyy kiinnittämään huomiota omiin toimintatapoihin ja parantamaan potilastytytyväisyyttä.

Vuonna 2013 uusi T-sairaala oli vasta siirtymävaiheessa, kun toiminta siellä alkoi saman vuoden huhtikuussa (Peltoniemi 2012a). Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia potilassiirtoja, psykiatrisia palveluita, hoitoaikoja ja päihde- ja myrkytyspotilaan kulkua, kun T-sairaalan toiminta on vakiintunut. Tähän tutkimukseen voisi ottaa mukaan useamman vuoden, koska tässä kirjallisuuskatsauksessa T-sairaalan tulokset perustuvat vain vuoteen 2013. Kun tutkimusta tehtäisiin useamman vuoden ajalta, saataisiin hoitotyön toimintatavoista luotettavampi kokonaiskuva.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Aikaisemmin valmistuneiden opinnäytetöiden mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä potilassiirtoihin kaikilla toimialueilla. He kokivat hoito-henkilökunnan toiminnan ammattitaitoiseksi ja asialliseksi. Informaation puute ja liian pitkät odotusajat aiheuttivat potilaissa negatiivisia koke-muksia. Klinikamallin ja toimialuekohtaisen toimintamallin tulokset olivat hyvin samansuuntaisia, joten potilassiirroissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia vuosien varrella.
2. Potilaat pitivät uusia T-sairaalan tiloja viihtyisinä ja avarina. T-sairaala vaikutti potilaiden mielestä kuitenkin sokkeloiselta ja modernien arkkiteh-tuuristen ratkaisujen tarpeellisuutta pohdittiin.
3. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdesairaanhoitajan palveluita käytettiin osastoilla eniten osittain siksi, että niitä oli helpoiten saatavilla. Sairaan-hoitajat olivatkin tyytyväisiä näiden palveluiden saatavuuteen, mutta psy-kiatrin palveluiden saatavuuteen toivottiin parannusta. Tulevaisuudessa sairaanhoitajat toivovat, että lääkärit kuuntelisivat heitä enemmän konsul-taatiopyyntöjä tehtäessä.
4. Tules-, vatsa- ja neurotoimialueilla keskimääräiset hoitoajat olivat lyhen-tyneet melko tasaisesti vuodesta 2006 vuoteen 2013 tultaessa. Sydän-toimialueen keskimääräiset hoitoajat olivat lyhentyneet toimialuekohtai-seen toimintamalliin siirtymisen jälkeen. Hoitojaksojen määrissä oli suur-takin vaihtelua eri vuosien välillä, eikä näin yhtenäistä linjaa hoitojaksojen määrän muutoksista voida todeta.
5. Päihde- ja myrkytyspotilaan hoidonkulku oli hyvinkin samanlainen verrat-taessa vuotta 2008 vuoteen 2013. Lääkkeen aiheuttama myrkytys oli yleisin syy potilaiden hakeutuessa hoitoon. Lähes kaikki potilaat tulivat hoitoon päivystyksen kautta ja siirtyivät sieltä sisätautiosastoille.

## LÄHTEET

Aalto, L. & Hakamäki, M. 2011. Yksiköiden väliset potilassiirrot: gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Castrén, M.; Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Myrkytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Caspari, S.; Eriksson, K. & Näden, D. 2010. The importance of aesthetic surroundings: a study interviewing experts within different aesthetic fields. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 25, No 1/2010, 134 – 142.

Chaboyer W.; James H. & Kendall M. 2005. Transitional Care After The Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nursing*. 25(3), 16 – 29.

Christersson, E., Grönvall, A. & Ketola, V. 2012. TULES-potilaiden hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalaan vuosina 2006-2009. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. 4. painos. Hakapaino Oy: Helsinki.

Etelälahti, H. & Suominen, E. 2014. TULES-toimialueen potilassiirrot ja tilat: traumatologisen potilaan kokemana. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Finlex1986. Päihdehuoltolaki. Viitattu 20.1.2015  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.

Fredriksson, S.; Rautiainen, H.; Pelanteri, S. & Rasilainen, J. 2013. Somaattinen erikoissairaanhoito 2012. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.

Haapsaari, P., Heikkonen, S. & Kuusisto, H. 2014. Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus Tules-toimialueella. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Hannula, K., Mäki, J. & Peippo, M. 2012. Päihde- ja myrkytyspotilaan hoitoon johtaneet syyt ja hoidon kulku Suomen yliopistollisissa sairaaloissa. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Heikkilä, M. & Taponen, L. 2010. Yksiköiden väliset potilassiirrot: traumatologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Heino, S.-K. & Kota-aho, E. 2012. Neurotoimialueeseen kuuluvien potilaiden hoitoajat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin nykyisessä toimintamallissa. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Helin, H., Järvinen, A. & Matola, A. 2012. Sydänpotilaiden hoitoajat Turun yliopistollisessa keskussairaalaan vuosina 2006-2009. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

HUS 2015. Psykiatria. Viitattu 16.2.2015  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>

Härmä, A. 2012. Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus TYKS:n tulevalle Tules-toimialueella. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Jakobsson, S. & Leinonen, V. 2014. Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus Vatsa-toimialueella: operatiivisen päivystysosaston hoitohenkilökunnan näkökulma. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

- Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Juvonen, J., Niskakangas, J. & Tammisto, L. 2011. Yksiköiden väliset potilassiirrot: sydänpotilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Järvinen, E. & Kleemola, E. 2012. Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus TYKS:n tulevan vatsatoimialueen osastoilla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Keränen, V. & Koli, S. 2012. Vatsatoimialueeseen kuuluvien potilaiden hoitoajat Turun yliopistollisen keskussairaalan nykyisessä toimintamallissa. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Koski, A. & Meriläinen, M-M. 2014. Potilaan kokemukset potilassiirroista ja tiloista VATSA-toimialueella. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Kummel, M. & Projektiryhmä. 2013. Projektisuunnitelma. Tulevaisuuden sairaala – hoitotyön kehittämisprojekti 2009- 2015 (Hoi-Pro).
- Lairola, M. & Nikkari, M. 2014. Psykiatristen palveluiden käytön ja saatavuuden nykytila Turun yliopistollisen keskussairaalan NEURO-toimialueella. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lampela, K. 2013 Erikoissairaanhoidon tarve perusterveydenhuollon äitiyshuollolle Salon alueella. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Larila, T., Larjama, R. & Lekari, M. 2014. Päihde-/myrkytyspotilaan kulku Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2008 ja 2013. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lehtola, P. & Virrasoja, T. 2014. Sydäntoimialueen hoitoajat vuosilta 2010-2013 Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Leino, T. 2014. Sairaalan tilojen toimivuuden evaluointi. Turun AMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma (ylempi AMK).
- Lindberg, J. & Törmänen, K. 2014. Yksiköiden väliset potilassiirrot ja Tyksin uuden T-sairaalan tilat: neuropotilaiden kokemana vuodeosastoilla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lindström, R., Purtsi, S. & Zwegberg, M. 2014. Yksiköiden väliset potilassiirrot ja Tyksin uuden T-sairaalan tilat: sydänpotilaiden kokemana vuodeosastoilla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Luutonen, S.; Tikka, M.; Nieminen, M.; From, T. & Salokangas, R. 2011. Takuulla hoitoon – mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. Suomen Lääkärilehti 43/2011.
- Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Duodecim. 9. uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim.
- Medical Dictionary 2014. Viitattu 22.12.2015. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Average+Length+Of+Stay>
- OECD 2013. Health at a Glance 2013-OECD Indicators. Viitattu 25.1.2015 [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).
- Oranta, O. 2011. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Paijo, P., Suomi, V. & Vallivaara, M. 2010. Psykiatrian palvelujen käytön nykytila Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian osastoilla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Peltoniemi, M. 2012a. TYKS 2013, Potilaskeskeisesti toimien – talouden realiteetit ymmärtäen. Lasaretti 2/ joulukuu 2012, 13.

PSSHP 2009. Seudullinen päihdehoitoketju. Viitattu 19.2.2015  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp00929&p\\_haku=006.929](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00929&p_haku=006.929)

Repola, A-M. TYKSin T- sairaala – Täyteen toimintavalmiuteen vuoteen 2012 mennessä. Projektiutiset 3/2010.

Räsänen, S. 2012. Selittämättömästi oireileva potilas-konsultointi psykiatria?. Suomen Lääkärilehti, no 49/2012.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Salokangas, R. 2009. Psykiatrinen sairaanhoito kuuluu yleissairaaloihin. Suomen Lääkärilehti 1-2/2009, 24 – 25.

Silva, A. M. N.; Souza, E. F. D.; Barbosa, T.L.A.; e Silva, C. S. O. & Gomes, L. M. X. 2014. Factors that contribute to prolonged length of stay in the hospital environment. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental (REV PESQUISA CUIDADO FUNDAMENTAL), 2014 Oct-Dec; 6 (4): 1590-6000.

Paasio, L.; Tallgren, M.; Valtonen, M. & Keski-Saari, K. 2013. Tyksin uusi T-sairaala on valmis. Viitattu 25.1.2015 [http://www.finnanest.fi/files/paasio\\_tallgren\\_valtonen\\_keski-saari\\_sairaalakierroksella.pdf](http://www.finnanest.fi/files/paasio_tallgren_valtonen_keski-saari_sairaalakierroksella.pdf)

Paijo, P., Suomi, V. & Vallivaara, M. 2010. Psykiatrian palvelujen käytön nykytila Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian osastoilla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Pasto, E., Vatanen, M. & Välikangas, A. 2014. Vatsatoimialueeseen kuuluvien potilaiden hoitoajat vuosilta 2010-2013. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Peltonen, R., Saarenvalta, J. & Visuri, M. Neurotoimialueeseen/prosesseihin kuuluvien potilaiden hoitoajat vuosilta 2010-2013. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Pietilä, K. 2014. TULES-toimialueeseen kuuluvien potilaiden hoitoajat vuosina 2010-2013. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Peltoniemi, M. 2012a. TYKS 2013, Potilaskeskeisesti toimien – talouden realiteetit ymmärtäen. Lasaretti 2/ joulukuu 2012, 14–15.

Peltoniemi, M. 2012b. T-sairaala – ainutlaatuinen investointi ja rakennushanke. Lasaretti 2/ joulukuu 2012, 12–13.

PSHP 2009. Seudullinen päihdehoitoketju. Viitattu 19.1.2015  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp00929&p\\_haku=006.929](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00929&p_haku=006.929)

Tampereen yliopisto 2011a. Tiedonlähteiden arviointi eli lähdekritiikki. Viitattu 18.2.2015  
<http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankintaopaat/tertio/arviointi/lahdekritiikki.html>

Tampereen yliopisto 2011b. Tiedonhankinnan onnistumisen arviointi. Viitattu 18.2.2015  
<http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankintaopaat/tertio/arviointi/onnistuminen.html>

THL 2014. Päihdehoito. Viitattu 28.1.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito>

Toivonen, K. 2010. Osastojen väliset potilassiirrot: neurologisten potilaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Trevisani, F.; Casadio, R.; Romagnoli, F.; Zamagni, M-P.; Francesconi, C.; Tromellini, A.; Di Micoli, A.; Frigerio, M.; Farinelli, G. & Bernardi, M. 2010. Art in the Hospital: Its Impact on the Feelings and Emotional State of Patients Admitted to an Internal Medicine Unit. Vol. 16, No 8/2010, 853 – 859.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Helsinki.

Työterveyslaitos 2014. Potilassiirrot. Viitattu 26.1.2015  
[http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia\\_eri\\_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx)

VSSHP 2015a. Sydänkeskus. Viitattu 24.1.2015  
<http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/to2/Sivut/default.aspx>

VSSHP 2015b. Neuro. Viitattu 25.1.2015  
<http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/to4/Sivut/default.aspx>

VSSHP 2015c. Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka. Viitattu 25.1.2015  
<http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/to3/Sivut/default.aspx>

VSSHP 2015d. Tules (Tuki- ja liikuntaelinsairaudet). Viitattu 25.1.2015  
<http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/to1/Sivut/default.aspx>

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Warren J., Fromm r., Orr R., Rotello L. & Horst M. 2004. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patient. Critical care Medicine. 32, 256 – 262.